

THÈSE 466
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ÉTUDE
SUR LES

Chancres Mous

DE LA BOUCHE ET DES LÈVRES

Par Prudent HOUY

Né à Sceaux du Gâtinais (Loiret), le 24 juillet 1882

Président : M. E. GAUCHER, PROFESSEUR



PARIS (VI^e)
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne, et Rue Monsieur-le-Prince, 12

—
1910

466

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ÉTUDE
SUR LES

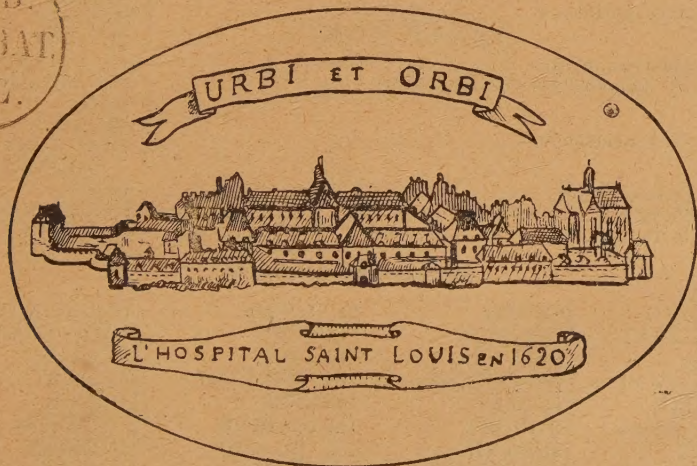
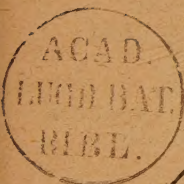
Chancres Mous

DE LA BOUCHE ET DES LÈVRES

Par Prudent HOUY

Né à Sceaux du Gâtinais (Loiret), le 24 juillet 1882

Président : M. E. GAUCHER, PROFESSEUR



PARIS (VI^e)
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

4, Rue Casimir-Delavigne, et Rue Monsieur-le-Prince, 12

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	{ WIDAL
	{ DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARTE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	{ HAYEM
	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
Maladies des enfants.....	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	{ PIERREDELBET
	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	{ BAR
	{ PINARD
	{ RIBEMONT-DES-
	{ SAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

Modeste témoignage de ma reconnaissance

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER,

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

ÉTUDE SUR LES CHANCRES MOUS
DE LA BOUCHE ET DES LÈVRES

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce modeste travail, nous tenons à exprimer ici toute la gratitude que nous éprouvons envers ceux qui par leur enseignement ou leurs conseils ont contribué à notre instruction médicale.

Nous devons beaucoup de reconnaissance à Messieurs Druelle et Fouquet qui ont bien voulu nous donner des renseignements utiles sur le sujet de notre thèse et guider nos recherches.

Nous remercions nos maîtres dans les Hôpitaux, MM. Petit, Tuffier, Debove et Lepage, auxquels nous devons beaucoup de connaissances précieuses.

Nous remercions tout particulièrement M. le Professeur E. Gaucher avec lequel nous avons étudié les maladies de la peau et qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions d'agréer l'hommage de notre profonde gratitude.

INTRODUCTION

Quand le *chancre mou*, lésion presque toujours d'origine vénérienne, siège en dehors des régions génitales, la pensée de sa véritable nature se présente difficilement à l'esprit; et parmi toutes les régions où l'on peut le rencontrer, la bouche est celle où on l'a observé le moins souvent, probablement parce que le terrain y serait défavorable au développement du bacille de Dugrey ou parce que l'on n'a pas pensé à l'y rechercher.

Il est vrai que la variété des ulcérations qui peuvent y siéger a sûrement contribué à égarer le diagnostic en même temps que la difficulté de l'examen si le chancre est situé profondément dans la gorge, derrière une amygdale ou caché par le voile du palais; et il a pu ainsi souvent être confondu avec une angine.

En 1900, CHATIN, dans sa thèse sur « LES CHANCRES MOUS EXTRA-GÉNITAUX » ne signale que 14 cas de chancres mous de la bouche. Depuis il n'en a été publié que quelques observations; c'est dire le peu de fréquence de cette localisation.

Aussi, ayant eu l'occasion d'en observer un très beau

cas à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du PROFESSEUR GAUCHER, nous avons cru intéressant de faire un travail d'ensemble sur cette question et de rappeler à l'attention des médecins cette lésion de façon qu'ils pensent à sa possibilité et qu'ils ne passent pas à côté de son diagnostic.

Nous parlerons dans ce travail, après avoir fait en quelques mots l'étiologie du chancre mou, de sa symptomatologie, puis de son diagnostic différentiel avec les diverses lésions qui se rencontrent dans la bouche.

Nous terminerons par quelques considérations sur son pronostic et sur son traitement, après avoir signalé les cas où il a été rencontré dans les observations que nous reproduisons.

ÉTIOLOGIE ET SYMPTOMATOLOGIE

Nous passons rapidement sur l'étiologie du chancre mou qui a déjà été faite maintes fois dans les traités sur les maladies vénériennes. Nous dirons simplement que ce chancre ne connaît d'autre origine que la contagion; mais que les cas observés dans la cavité buccale sont relativement rares, probablement parce que ce milieu est peu favorable à leur développement sans qu'on puisse d'ailleurs en donner une cause exacte, et aussi peut-être parce qu'ils ne sont pas reconnus quand ils s'y présentent.

Il est très difficile de déterminer exactement le temps qui s'est écoulé entre l'apparition d'un chancre et l'acte contagionnant. Souvent, en effet, les renseignements fournis par les malades sont les seuls points de repère, et la plupart du temps ils ne sont ni assez éclairés, ni assez sincères pour donner une certitude.

De plus, surtout si le chancre est à l'intérieur de la bouche, le malade ne s'aperçoit de sa présence que quand il éprouve de la gêne ou de la douleur; et, s'il y a eu auto-inoculation, c'est-à-dire si le malade est porteur d'autres chancres et qu'il se soit contaminé par

manque d'hygiène, il ne peut donner aucun renseignement sur le début de l'ulcération; ce n'est que lorsqu'il y a eu contact bucco-vulvaire et que le malade est assez sincère pour vous le dire, ou qu'il se rappelle d'un fait comme celui de se retirer un corps étranger de la gorge avec ses doigts contaminés que nous ouvons avoir une idée sur le temps d'incubation. Nous avons plusieurs cas de ce genre dans nos observations.

L'inoculation sur un membre nous en donne également une idée; nous en citons plusieurs cas dans nos observations et nous voyons que le plus souvent elle se-rait de 6 à 8 jours.

Passons maintenant à la description du chancre mou par comparaison avec le chancre syphilitique, nous réservant de montrer les caractères spéciaux qu'il peut prendre sur les diverses régions de la bouche, donnant des observations à l'appui, et le différenciant des diverses ulcérations qu'on peut rencontrer dans ces régions.

Le diagnostic différentiel entre le chancre simple et le chancre syphilitique est généralement facile; cependant on peut trouver des cas pour lesquels ce diagnostic doit être fait avec une certaine réserve; on peut, en effet, se trouver en présence de formes mixtes; c'est pourquoi il faut conserver en face de son malade la plus grande prudence, lui conseiller même de revenir vous voir au bout de 3 ou 4 semaines, afin de vous assurer que les caractères du chancre que vous aviez observé une première fois, n'ont pas changé.

Voici rapidement énumérés les principaux signes

qui permettent de différencier le chancre mou avec le chancre syphilitique.

I. — Le chancre simple est presque toujours multiple, tandis que le chancre syphilitique est unique en général;

II. — L'ulcère produit par le chancre simple est un ulcère à contours irréguliers, très creux, sensible au toucher et aussi spontanément. L'ulcère du chancre induré, au contraire, est un ulcère à contours réguliers, circulaires, peu profonds; il est de plus complètement indolent;

III. — Les bords de l'ulcère constitué par le chancre simple, sont taillés à pic, déchiquetés, nettement décollés, alors que les bords du chancre syphilitique sont à peine visibles, se continuant presque de plain-pied avec les tissus avoisinants, à moins que ce chancre ne devienne ulcéreux mais, même dans ce cas, l'ulcération se continue en certains endroits en pente douce avec le tissu sain;

IV. — Le fond du chancre mou est inégal, anfractueux, de couleur jaunâtre; la spatule ne peut absolument rien décoller à son niveau et elle ne fait que prélever le pus qui s'écoule assez abondamment de l'ulcération. Le chancre syphilitique a le fond lissé, il est simplement recouvert par une fausse membrane de couleur blanchâtre qui se laisse enlever en partie par la spatule. Ici pas de pus mais simplement un écoulement sanieux. Si on gratte un peu la plaie on produit un suintement de sang assez abondant;

V. — La base du chancre mou est souple, tandis que celle du chancre syphilitique présente une induration limitée nettement par le contour du chancre;

VI. — En faisant des recherches microscopiques, on trouve le bacille de Ducrey-Unna, spécifique du chancre mou;

Un autre moyen de diagnostic est l'inoculation au sujet lui-même; on fait, en général, cette inoculation au bras. Si on se trouve en présence simple, on a, au bout de 2 ou 3 jours, une ulcération rappelant le chancre qui lui a donné naissance (on arrête l'évolution de ce chancre, aussitôt le diagnostic posé, par la pâte sulfocarbonée de Ricord). Si le sujet est porteur d'un chancre syphilitique, l'inoculation ne donne aucun résultat, car ce chancre ne se reproduit qu'exceptionnellement sur le sujet lui-même;

VIII. — Citons encore comme signe différentiel entre les deux chancres: l'adénopathie monoganglionnaire qui accompagne presque toujours le chancre mou alors que celle du chancre syphilitique est une adénopathie polyganglionnaire.

Mais l'adénopathie sous-maxillaire ou cervicale du chancre mou de la bouche, contrairement à l'adénopathie inguinale du chancre mou de la verge, a rarement tendance à la suppuration et cela peut être une cause d'erreur de diagnostic. Nous en avons un beau cas dans une de nos observations;

IX. — Il peut enfin y avoir des cas où le chancre mou devient ultérieurement syphilitique. Le malade

qui présentait une lésion ayant les caractères du chancre mou présente quelques temps après des accidents secondaires de syphilis. On peut alors se demander si on a pris un chancre syphilitique pour un chancre mou ou admettre, avec les dermatologistes de l'école de Lyon qu'il s'agissait d'un chancre mixte, lésion d'une double nature déterminant à la fois une infection locale, le chancre mou et une infection générale, la syphilis. C'est dans ces cas auxquels nous avons fait allusion au début que le diagnostic est rendu particulièrement difficile et c'est pourquoi nous avons recommandé une grande réserve. Pour nous mettre à l'abri du doute il nous faut alors recourir à la fois à l'auto-inoculation et à l'examen microscopique qui nous révélera le bacille de Ducrey ou le treponème, suivant le cas.

Ces deux moyens seuls nous permettront de poser le diagnostic.

Diagnostic différentiel entre les chancres mous des lèvres et de la cavité buccale et les autres ulcérations de ces régions.

I. *Aux lèvres.* — Tout d'abord il faut distinguer le chancre mou du chancre syphilitique, qui existe très souvent dans la bouche et surtout sur les lèvres; l'examen devient d'autant plus difficile qu'il s'agit de la variété ulcéreuse et fissurique du chancre syphilitique. Nous ne reviendrons pas ici sur ce diagnostic différen-

tiel, que nous avons fait dans la première partie de notre thèse, et nous nous arrêterons simplement sur les caractères distinctifs entre le chancre mou et les syphilides ulcéreuses qui se développent autant sur les lèvres que sur les autres parties de la cavité buccale, pendant la période secondaire de la syphilis.

Ces syphilides ulcéreuses qui varient souvent de forme peuvent avoir de grandes analogies avec le chancre mou; elles peuvent siéger sur tous les points de la cavité buccale; elles secrètent un véritable pus qui peut rappeler le pus du chancre simple; mais ici l'évolution est lente; ces ulcérations ne se modifient qu'avec peine. Toutefois les accidents concomittants et les commémoratifs seuls peuvent nous renseigner sur le véritable caractère de la lésion.

Nous ferons le diagnostic entre le chancre mou des lèvres et l'ucère tuberculeux quand nous parlerons de la langue qui est le siège le plus habituel de cette lésion.

Le diagnostic différentiel entre le chancre mou et les autres ulcérations de la bouche n'était pas à faire autrefois car on s'en rapportait à l'aphorisme de Ricord: « Pas de chancres mous au-dessus du diaphragme. » Les différentes observations qui suivent, vérifiées par les auto-inoculations et la recherche du bacille de Ducrey nous démontrent l'inexactitude de cette parole.

Chancre mou et cancer des lèvres. — Le diagnostic différentiel entre ces deux lésions n'offre pas de bien

grandes difficultés. Le cancer des lèvres, en effet, présente une ulcération à fond inégal, déchiqueté, ou parfois bourgeonnante; les bords sont plus ou moins saillants; ils offrent une certaine induration et sont fréquemment renversés en dehors; si on touche on se rend compte qu'il existe tout autour d'eux une zone d'infiltration; si on presse cette petite tumeur on voit sortir de petits filaments grisâtres; le moindre frôlement suffit ici pour produire un saignement de l'ulcération. Dans ces cas, d'ailleurs, l'évolution de la lésion est lente, l'adénopathie tardive (3 à 5 mois). Enfin l'examen microscopique lèvera les derniers doutes en nous montrant l'existence d'une tumeur épithélio-mateuse.

II. *Aux gencives.* — Bien qu'il s'y rencontre encore plus rarement que sur les autres régions de la bouche, il faut différencier le chancre mou des ulcérations provoquées par des dents cariées, chose facile.

Dans la stomatite toxique des lésions peuvent exister sur les gencives, ressemblant un peu au chancre mou, mais la fétidité de l'haleine, la gêne de la déglutition, la salivation, suffisent à éclairer le diagnostic.

Dans la stomatite ulcéro-membraneuse, la surface des ulcérations se déterge, laissant apercevoir des granulations d'un rouge vif. L'engorgement ganglionnaire est volumineux; la salivation est augmentée; l'haleine est fétide. L'état général est assez grave, s'accompagnant de pâleur et d'adynamie avec fièvre.

Le chancre syphilitique peut s'y rencontrer ; nous en avons parlé plus haut.

III. — *A la langue.* — Les ulcérations dentaires de la langue peuvent être une cause d'erreur parce qu'elles ne présentent pas d'induration qui indiquerait une origine syphilitique et parce qu'elles ont une forme assez régulière. Toutefois la situation de l'ulcération vis à vis d'une dent cariée, ou ébréchée, l'absence habituelle d'adénopathie suffisent à fixer le diagnostic.

Le chancre simple peut encore être confondu à la langue, avec les aphtes, surtout avec les grands aphtes. Cependant, dans ces cas, on a affaire à une excavation en cupule, à fond jaune serin, bordée d'un liseré rouge ; de plus, l'évolution ici est très rapide et la sensibilité très vive.

Une autre erreur de diagnostic peut provenir de la présence sur la langue d'une ulcération tuberculeuse. Connaissant déjà les caractères de la lésion du chancre mou, nous allons étudier ceux de la lésion tuberculeuse. Ici, l'ulcération, comme pour le chancre simple, est souvent multiple, douloureuse au toucher. Elle n'est pas indurée ; les bords ressemblent un peu à ceux du chancre mou, c'est-à-dire qu'ils sont taillés à pic et décollés ; le fond est lui aussi inégal, anfractueux, jaunâtre ; la base est molle, située profondément, pouvant atteindre le tissu musculaire.

Cependant la lésion tuberculeuse ne s'accompagne pas d'engorgement ganglionnaire à moins qu'il existe déjà une adénopathie bacillaire avant l'apparition de

l'ulcération. Un signe important du diagnostic différentiel est la présence fréquente autour de l'ulcère de petits nodules, saillants, gros comme une tête d'épingle, appelés nodules de Féréol, et la présence plus fréquente encore des points jaunes de Trélat qui, eux, ne sont pas saillants, et qui représentent des tubercules miliaires en évolution. Dans les cas douteux, on n'a qu'à racler la surface de l'ulcération pour en examiner le contenu au microscope; si la lésion est d'origine tuberculeuse, on doit trouver des bacilles de Koch car « la tuberculose ulcéreuse primitive est toujours très riche en bacilles tuberculeux » (Gaucher).

Enfin, si on pratique l'inoculation au cobaye, on obtient un résultat positif dans le cas de tuberculose.

Les autres lésions de la langue, à part les syphilitiques secondaires et le cancer, dont nous avons parlé à propos des lèvres et qui ont ici sensiblement les mêmes caractères, ne peuvent guère être confondues avec le chancre mou.

IV. — *A l'Amygdale.* — Quand l'ulcération réside au fond de la gorge, la palpation est faite avec le bout du doigt pour reconnaître s'il y a ou non de l'induration et les caractères du chancre syphilitique dont nous avons fait le tableau plus haut sont assez évidents pour qu'il n'y ait pas de confusion avec le chancre mou.

Dans l'angine de Vincent, la température est assez élevée; si on enlève la fausse membrane grisâtre qui recouvre l'ulcération, on voit un fond bourgeonnant

et sanguinolent. A l'examen microscopique on trouve des spirilles et des bacilles fusiformes.

L'amygdalite ulcéreuse lacunaire, affection assez rare, signalée par le professeur Fournier, peut être confondue avec le chancre simple. En effet, cette affection consiste en ulcérations plus ou moins profondes siégeant sur l'amygdale, rappelant assez les caractères du chancre mou, mais dans ce cas il n'y a pas d'adénopathie; l'ulcération, vidée de son pus, est assez creuse et déchiquetée, à fond rose, après expulsion de son bourbillon.

Dans la diphtérie, les lésions s'étendent rapidement; on peut détacher des fausses membranes pour en faire l'examen microscopique ou des cultures; l'état général est mauvais, la fièvre est élevée; les ganglions sont engorgés.

Dans l'angine herpétique, on peut voir des vésicules rompues d'herpès sur le voile du palais, la langue, les lèvres en même temps que sur les amygdales. Mais si ces lésions ressemblent un peu au chancre mou, il y a de la fièvre et un mauvais état gastro-intestinal.

Enfin il peut se trouver dans cette région des plaques muqueuses. Ces lésions sont superficielles, de couleur opaline, en assez grand nombre et répandues en même temps sur la langue, la face externe des joues et les amygdales. Leur aspect suffit à les différencier d'autant plus qu'on est le plus souvent éclairé par le malade sur les accidents syphilitiques qui les ont précédés.

Après avoir fait le diagnostic différentiel du chancre

ment avec les différentes ulcérations qu'on peut rencontrer également sur les lèvres et dans la cavité buccale, nous allons rapporter dans nos observations tous les cas de chancre simple typiques trouvés sur les lèvres et dans la cavité buccale.

TRAITEMENT

Le but du traitement est de transformer l'ulcération du chancre mou en une plaie simple; or pour obtenir une transformation rapide il est nécessaire de faire agir à la surface de l'ulcération, un antiseptique suffisamment énergique pour détruire le bacille de Ducrey au bout de quelques cautérisations.

On peut employer pour cela le thermocautère ou le galcanocautère; mais leur emploi est souvent refusé par les malades et leur appréhension est assez compréhensible car il détermine une douleur très vive qu'ils ne se sentent pas le courage de supporter.

Force est donc, en présence de semblables malades, de recourir à une autre médication et dès lors on est conduit à l'emploi des caustiques médicamenteux.

Le traitement par des attouchements au nitrate d'argent à un vingtième, est très fréquemment employé.

On a fait également des attouchements à la teinture d'iode, simultanément avec des gargarismes au chloral à un millième.

L'alcool phénique à un dixième sera employé de

préférence à l'eau phéniquée en solution forte pour les attouchements, celle-ci ayant un pouvoir diffusible très grand, pouvant amener l'apparition d'accidents locaux et des phénomènes d'intoxication générale.

Signalons le traitement si inoffensif de Hémard, qui consiste à soumettre le chancre sept ou huit fois par jour à une irrigation d'eau froide d'environ une minute; au bout de très peu de temps les ulcères perdent leur aspect caractéristique et guérissent comme des plaies simples; si le travail de réparation s'arrête, il suffit de remplacer l'eau simple par une solution de chlorate de potasse à un vingtième.

En résumé, chacun des agents employés peut rendre des services à un moment donné, et très souvent un ulcère paraissant rebelle au plus énergique se trouve guéri par un autre auquel on attribuait une moindre puissance d'action.

Il ne faudra pas oublier que quel que soit le traitement employé les cautérisations ou les irrigations devront être faites régulièrement jusqu'à ce que le chancre ait pris franchement l'aspect d'une plaie simple avec tendance à se cicatriser.

L'asepsie de la bouche est de rigueur pendant toute la durée du traitement. On se servira pour cela, fréquemment, de gargarismes à l'eau oxygénée ou au chlorate de potasse.

La disparition des ganglions sous maxillaires ou cervicaux suivra parallèlement.

PRONOSTIC

Le pronostic du chancre mou de la bouche est assez bénin. En 1873, Achille Dyon écrivait : « En m'appuyant sur des faits que j'ai observés, j'affirme que dans un mois le chancre simple peut se cicatriser sans pansement, et sans laisser une cicatrice qui permette d'en constater l'existence au bout de ce temps. » (Lyon Médical, 1873, Tome XII. Cette affirmation, tout en étant excessive, nous montre la bénignité de l'affection ; cette bénignité est encore plus grande pour les chancres mous de la cavité bucco-pharyngée que pour ceux des organes génitaux car, pour ceux-là en effet, on n'a pas encore vu se produire ces phénomènes de phagédénisme qui sont le grand danger des chancres mous des organes génitaux non soignés.

L'hypertrophie du ganglion n'a pas non plus, comme dans le cas d'adénite inguinale consécutive au chancre mou de cette région de tendance à la suppuration, ou du moins assez rarement.

Néanmoins, malgré le traitement antiseptique employé, il est toujours bon de recouvrir la plaie si elle

est extérieure, aux lèvres par exemple, pour éviter la contamination ou l'auto-inoculation.

Quel que soit le traitement employé parmi ceux que nous indiquons plus loin, le chancre mou disparaît assez rapidement; toutefois nous ne sommes pas de l'avis de Dvon et tout en constatant la bénignité de l'affection, nous pensons que cette ulcération a besoin pour guérir d'un traitement antiseptique assez intense et que la guérison laisse assez souvent, à sa suite, une cicatrice apparente.

LÈVRES

Observation I

DIDAY. — Etude sur le chancre céphalique. Lettre à M. A. Fournier. *Union médicale* 1858.

Chez une femme de 19 ans, ulcération de la *lèvre inférieure* ayant persisté 1 mois avec tous les caractères d'un chancre primitif. Pas d'induration, pas d'adénite, pas d'accidents constitutionnels. Origine inconnue.

Observation II

THIRY. — Recueillie par Spack. *Presse médicale belge* 1892.

P. M... 19 ans, entre à l'hôpital St-Pierre le 2 mai 1862. A la suite d'un coït buccal, elle a vu se développer à la partie médiane de la lèvre inférieure une ulcération qui a les caractères suivants: Ayant envahi toute l'épaisseur de la lèvre inférieure, elle est arrondie et dépasse la dimension d'une pièce de 1 franc. Le fond de l'ulcère est d'un gris sale, exsudant un pus séro-sanguinolent, bords déchiquetés et décollés, inégaux, peu douloureux. Adénopathie sous-maxillaire gauche. Rien aux parties génitales ni à la gorge.

Cautérisation du chancre au crayon de nitrate d'argent. Ce chancre, diagnostiqué chancre simple par Monsieur Thiry, chef de service, est guéri le 25 juin sans laisser la moindre indura-

tion sous-jacente. La fille reste encore 2 mois en observation et, le 26 août, elle sort sans avoir présenté la moindre trace de syphilis.

Observation III.

LOREZINA. *Gaz. méd. ital. Lombardia* 1863.

R. T..., 19 ans, d'aspect rachitique, entre au syphilicome de Milan le 18 juin 1862 pour la gale. En l'examinant on trouve à la face interne de la lèvre inférieure, à proximité de l'angle droit de la lèvre, un ulcère à forme arrondie parfaitement mou à fond jaune, sécrétant beaucoup et douloureux, d'un diamètre approximatif d'un centimètre et demi. Pas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Rien aux amygdales, à la peau ou aux parties génitales. L'année précédente, la malade avait été traitée à plusieurs reprises pour des chancres mous vulvaires. Jamais elle n'a présenté d'accident syphilitiques. Le chancre labial actuel, contracté par un contact obscène de la bouche, fut traité de 27 jours de traitement sans laisser d'induration. La malade sortit guérie et rentra l'année suivante pour de nouveaux chancres mous vulvaires, sans aucune syphilis.

Observation IV

PUCHE. In D^r Jaccoud. Chancre simple, 1867.

A..., entré à l'hôpital le 17 novembre 1861, présentant sur la peau de la lèvre inférieure, vers la ligne médiane, une ulcération chancreuse circulaire de la largeur d'une pièce de 50 centimes offrant tous les caractères d'un chancre simple. Cette ulcération qui remonte à 34 jours environ, s'est manifestée une huitaine de jours après un rapport buccal. Adénite légère sous-hyoïdienne. Ce chancre, qui présentait une légère induration de la base et que je considérai comme un chancre simple, dit l'au-

teur, fut diagnostiqué chancre infectant, par le docteur Cullerier.

Le 18 : Inoculation sur l'abdomen; pendant l'opération, le malade se pique au doigt avec la lancette chargée de pus. Les jours suivants, un double chancre s'était produit à l'abdomen et au doigt. Le malade quitta l'hôpital le 31 décembre, guéri de ses chancres, sans avoir présenté aucun symptôme de syphilis.

Cette observation est des plus nettes. Il s'agissait bien d'un chancre simple de la lèvre. L'inoculation, qui par la faute du malade a été double, a tranché le diagnostic incertain.

Observation V

PROFETA. (*Ann. de Dermatologie* 1873-1874, t. V. p. 197).

L. S..., présentant, en 1866, un chancre mou datant de 2 années. De la commissure droite des lèvres où il avait pris naissance il s'était étendu peu à peu à toute la joue du même côté et à presque tout le front, se cicatrisant d'un côté pour s'élargir d'un autre, suivant toujours une marche chronique et progressivement envahissante. Il était très vaste et divisé par une cicatrice en 2 moitiés égales, l'une au front et l'autre à la partie supérieure de la joue s'étendant en arrière jusqu'au pavillon de l'oreille, en avant jusqu'à l'aile du nez.

De forme irrégulière, à base engorgée, non dure, à fond couvert de matières jaunâtres, à bords décollés, il était en proie au phagédénisme serpigineux et dans quelques points il devenait perforant.

Quelques mois auparavant, le malade avait eu une plaie au doigt indicateur de la main gauche avec lequel il avait l'habitude de toucher le chancre et la figure. Pas trace de syphilis; pas d'adénopathie. Traitement et l'application de pommade au calomel. Je diagnostiquai un chancre non infectant et j'attribuai le phagédénisme au traitement mercuriel. Ce traitement fut supprimé et des applications de vin aromatique et d'une solu-

tion de tartrae ferro-potassique amenèrent une cicatrisation qui était presque complète lorsque je le perdis de vue.

Sûr de mon diagnostic, j'acceptai que l'on fit sur moi l'inoculation du pus de cet ulcère céphalique. Il en résulta un chancre mou dont le pus inoculé de nouveau produisit un second chancre mou.

Colonicot, Meredyth à Londres, Thiry à Bruxelles, Kuss à Strasbourg, Pellezari à Florence, ont vu ces chancres.

Observation VI, *idem*

C. M..., barbier, se présente pour 3 ulcères: l'un à l'index de la main gauche ayant la grandeur et la forme d'une pièce de 5 centimes, très douloureuse, à bord décollé, à fond grisâtre; adénopathie axillaire.

Les deux autres ulcères présentaient les mêmes caractères moins l'adénite et siégeaient sur la *partie moyenne des deux lèvres* ayant le diamètre et la forme d'une pièce de 2 centimes. Deux mois avant, le barbier qui exerçait la médecine, avait incisé un bubon inguinal symptomatique de chancres mous multiples et s'était blessé l'index qu'il avait immédiatement porté à sa bouche; quelques jours après, les chancres étaient formés. Le malade, loin de suivre mes conseils n'en fit aucun cas et de nouveaux chancres parsemèrent sa figure. Je l'ai rencontré dans cet état pendant une année, puis je l'ai perdu de vue.

Observation VII

VENOT. *Bordeaux médical*. (Avril 1875, p. 105).

Quant au chancre mou de contagion, dit Venot, on peut en citer déjà un certain nombre d'observations. Mon père, soumit il y a plusieurs années, à l'examen de Ricord, un malade portant à la lèvre un chancre mou non phagédénique.

Observation VIII, *idem*

Fille publique, sans affection vénérienne antérieure, présente une ulcération remontant à une vingtaine de jours occupant le *rebord labial*, d'un diamètre d'un centimètre et demi, à bords raidement découpés, à fond sanieux, grisâtre, sans induration de base. Adénite sous-maxillaire douloureuse. Elle est guérie au bout de 32 jours par un traitement purement local.

Cette fille, revue ultérieurement, n'a présenté aucune trace d'accidents généraux.

Observation IX, *idem*

X..., se présente à moi le 4 février avec une ulcération sinieuse, aux bords enflammés, à fond gris occupant la commissure labiale gauche et datant de 3 jours. Ganglion parotidien. Rapports buccaux 10 jours auparavant.

Inoculation du pus de l'ulcération labiale à la cuisse du malade. Celle-ci est positive et donne lieu à un chancre simple typique. L'ulcération de la lèvre guérit vers la fin de février.

Le chancre d'inoculation a résisté un peu plus longtemps. Le ganglion n'a pas suppuré. Santé générale parfaite.

Observation X

LABARTHE. *Th. Paris* 1872.

Le 4 décembre 1870. — J. D... se présente, porteur de 3 chancres simples du gland et d'un bubon inguinal suppuré, très douloureux. Le malade, qui s'est traité antérieurement par des lotions au vin aromatique vient consulter pour son bubon et réclame une intervention immédiate.

Le bubon est incisé aussitôt et donne issue à une grande quantité de pus. Un tampon de charpie et des compresses sont appliquées sur le bubon et le tout est fixé à l'aide d'une épingle.

Le 8 décembre. — Je vais le voir et trouve le bubon et les chancres en voie d'amélioration; mais il présente au niveau de la lèvre inférieure une ulcération longitudinale, ayant la forme d'une gerçure profonde à bords taillés à pic, un peu décollés et dont le fond grisâtre fournit une sécrétion purulente.

Cette ulcération est apparue le 2 décembre; le malade se rappelle que le jour où il a fait inciser son bubon, en rentrant chez lui, il a défait son pansement et a mis entre les lèvres gerçées l'épingle souillée de pus qui servait à retenir le bandage.

Convaincu que j'avais affaire à un chancre simple de la lèvre, je fis, avec le pus de cette ulcération, une inoculation au niveau de l'abdomen. Le 12 décembre, l'inoculation était positive et présentait une petite vésicule entourée d'une auréole inflammatoire. Le chancre labial fut cautérisé au nitrate d'argent et saupoudré d'iodoforme qui servait déjà au pansement des chancres de la verge.

Observation XI

DIDAY. Ann. de Dermatologie, 1872-78. t. IV, p. 92.

Le 20 décembre. — Les chancres de la verge étaient cicatrisés. Celui de la lèvre le fut 2 jours plus tard sans avoir été accompagné d'engorgement ganglionnaire. Enfin, le bubon fut guéri, le 3 janvier.

Une jeune fille de 15 ans, amenée le 11 avril 1872, pour des lésions de la vulve dont elle souffrait depuis 3 semaines environ.

A l'examen, je reconnais 4 chancelles de la grande lèvre droite. Du côté de la bouche elle appelle mon attention sur 2 chancelles; le ganglion cervical à gauche est pris, mais antérieur à l'apparition des chancelles. Hymen intact.

La jeune fille n'avoue rien sur les causes de ces lésions buccales. Rollet pratique, au-dessous du genou, l'inoculation avec du pus pris au niveau de l'ulcération de la lèvre inférieure. Quatre

jours après, la malade est ramenée, les ulcères sont en voie de réparation, mais l'inoculation a été négative. Malgré cela, M. Rollet et moi n'en conservons pas moins la conviction qu'il ne s'agissait pas dans la bouche comme à la vulve, d'autre chose que de chancres.

Observation XII

(MM. J. DARIER ET G. ROUSSY).

La malade que nous présentons vient d'être atteinte d'un ulcère térébrant de la lèvre inférieure encore imparfaitement guéri, ulcère dont le siège, les caractères objectifs et le mode d'évolution ont rendu le diagnostic délicat et nous ont amené à pousser très à fond nos investigations pour en établir la nature exacte.

« Mme L., ménagère, s'est présentée à la consultation dermatologique de la Pitié, le 8 janvier 1904. Femme de taille moyenne, en pleine santé.

Il y a trois semaines, nous dit-elle, apparut sur la face cutanée de la lèvre inférieure, un petit bouton qui, par suite de grattage, se recouvrit de croûtes; celles-ci tombèrent en laissant au-dessous d'elles une petite ulcération qui grandit peu à peu pour atteindre les dimensions qu'elle présentait le jour où nous la vîmes pour la première fois.

On remarquait en effet sur la lèvre inférieure, à gauche de la ligne médiane s'étendant du sillon mento-labial jusqu'au bord rouge qu'elle entame légèrement. Elle est de forme parfaitement ronde; les bords sont en talus élevés, mais non décollés, entourés périphériquement d'auréole rouge large de 3 mm; le versant interne de l'ulcère est granuleux, suppurant; le fond anfractueux, inégal et vermineux, est rempli de pus jaune, verdâtre. On note en outre, un gonflement diffus de la lèvre, mais à la palpation on peut se rendre compte que l'ulcère ne repose sur aucu-

ne néoplasie ou induration si minime qu'elle soit, que sa base est parfaitement souple et seulement légèrement œdémateuse.

Douleur insignifiante, même à la pression. Les ganglions sous-maxillaires sont normaux, mais dans la région sus-hyoïdienne à gauche, existe un ganglion peu volumineux, indolore.

En dehors de cette ulcération unique de la face pour laquelle la malade vient consulter, on ne remarque chez elle que quelques lésions d'ordre banal :

1° Un très mauvais état de la dentition ; de nombreuses petites ulcérations couvrent le rebord alvéolaire des gencives ; les dents sont presque toutes cariées, effondrées, réduites à l'état de chicots informes.

2° Sur le pouce et l'index de la main gauche, 2 vésiculo-pustules larges et flasques offrant tous les caractères de l'impetigo de Tilbury-Fon et consécutives à des morsures de chien.

3° De la séborrhée grasse du cuir chevelu qui est inculte et couvert d'un épais enduit jaunâtre.

Les jours suivants, l'ulcère s'agrandit encore, les bords ont une légère tendance à l'éversion, le fond se creuse et atteint la couche musculaire, mais la circonférence reste parfaitement ronde et régulière ; le 12 janvier, à un demi-centimètre du bord de l'ulcère du côté de la ligne médiane apparaissent deux petites pustules superficielles à pus jaune (qu'on voit sur le moulage) et qui ont guéri rapidement. Le même jour, on pratiqua une inoculation du pus de l'ulcère principal au bras gauche. Après 48 heures, on trouvait, in situ, une petite ulcération de 2mm, superficielle, n'entamant pas le derme et reposant sur une élévation rosée de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Cette lésion inoculée a, elle aussi guéri spontanément en trois jours. Le pus de l'ulcère, examiné en frottis sur lame, nous a montré la présence de nombreux cocci et celle de bacilles allongés, effilés à leurs extrémités, disposés le pus souvent deux à deux à la suite l'un de l'autre, ne prenant pas le Gram et rappelant le bacille de

Ducrey-Unna; la plupart de ces bacilles sont extra-cellulaires, mais on en trouve quelques-uns dans les leucocytes.

La culture faite quelques jours après suivant la méthode de MM. Bezançon et Griffon, sur sang gélosé, ne donna que du streptocoque et du staphylocoque, mais la malade avait déjà été soumise au traitement par le nitrate d'argent, et dans le pus prélevé le jour de la culture, nous n'avons pas pu retrouver de bacilles de Ducrey.

Les renseignements étiologiques ne nous ont fourni aucune explication susceptible de concourir à éclairer le diagnostic; on ne trouve aucune lésion semblable des organes génitaux, on ne recueille aucun renseignement précis sur la possibilité de contagion conjugale ou extra-conjugale.

Mme L... est, avons-nous vu, en parfait état de santé et l'examen des différents appareils pulmonaire, cardiaque, etc., ne présente rien d'anormal à signaler.

Réglée depuis l'âge de 15 ans, la malade est bien réglée depuis; pas mariée, elle a eu une seule grossesse avec accouchement à terme d'un enfant mort. Dans son enfance, elle a eu la rougeole, la coqueluche et de l'impetigo du cuir chevelu avec une adénite cervicale suppurée dont il reste aujourd'hui une cicatrice dans le creux sus-claviculaire gauche.

Antécédents héréditaires: Père bien portant, âgé de 78 ans. Mère morte à 41 ans. Frère mort alcoolique à 40 ans; un demi-frère bien portant.

Observation XIII

MM. EMILE GÉRAUDEL ET PIERRE MÉNARD

Le malade est un homme âgé de 37 ans, plongeur, qui vient nous consulter à l'Hôpital Cochin (annexe).

Ce malade, vu pour la première fois le 22 septembre, portait alors au niveau de la lèvre supérieure, à gauche de la ligne médiane, au-dessous de la narine gauche, une ulcération unique, de

la surface d'une pièce de deux francs, à bords abrupts et rougeâtres, irréguliers et peu décollés, à fond suppurant. La lésion était douloureuse et saignait à la pression. Il y avait un peu d'empâtement de la lèvre à ce niveau, mais aucune autre lésion cutanée, ni au voisinage, ni en aucun point du tégument; en particulier, les organes génitaux étaient indemnes.

Au premier examen, le diagnostic reste en suspens; le chancre simple auquel nous avons dès lors songé est une affection trop rare dans cette région pour qu'on puisse d'emblée l'affirmer.

A un second examen, fait à la polyclinique le jeudi 7 octobre, la lésion ne s'était pas modifiée. Un frottis de pus montra alors de nombreux cocci et des bacilles courts, dont quelques-uns en file indienne, semblables au bacille de Ducrey. Nous faisons alors l'auto-inoculation au bras droit. Et, le lundi 11 octobre, jour où nous revoyons le malade, *cette inoculation est nettement positive*. Dans le pus de l'inoculation expérimentale, *le bacille de Ducrey est abondant*. Une pointe de feu est faite pour arrêter l'évolution de la lésion brachiale.

Il s'agit donc ici, sans doute possible, d'un chancre simple de la lèvre supérieure; l'inoculation positive au bras, la constatation successive du bacille de Ducrey sur les frottis, provenant du raclage de l'ulcération labiale et sur les frottis provenant du pus de l'ulcération d'auto-inoculation mettent cette observation hors de toute contestation.

Un interrogatoire ultérieur fait avec plus d'insistance et d'autorité a permis de reconstituer l'histoire de ce chancre labial.

Dans la première quinzaine de septembre, le malade avait eu, avec une fille publique, prise dans la rue, des rapports tant normaux que bucco-vaginaux.

Or, il portait alors précisément au niveau de la lèvre supérieure, une petite plaie faite quelques jours auparavant par un jeune enfant qui l'avait griffé. Cette « égratignure », au préalable insignifiante, quelque temps après le contact s'était « envenimée » et mise à suppurer, à grandir, à se creuser, jusqu'à constituer la lésion chancreuse que nous avons ensuite observée.

Ce cas nous a paru intéressant à vous présenter. D'abord, à cause de sa rareté. M. le D^r Queyrat, à l'occasion d'une présentation analogue faite ici même, en février 1909, avec Marcel Pinard, a tout particulièrement insisté sur la rareté du chancre simple des lèvres. Nous n'avons pas à rappeler ce qu'il disait à ce sujet. Notre cas s'ajoute aux seize cas précédemment connus que citent ces auteurs (le leur y compris). Nous ferons remarquer seulement que, le plus souvent, les chancres simples extra-génitaux s'accompagnent de lésions similaires génitales. Dans notre cas, le chancre labial était la seule localisation. Il s'agit d'un chancre simple, en quelque sorte *unipolaire*.

Ce cas est encore intéressant puisqu'il montre comment la *lésion préulcable banale* de la muqueuse labiale a amené l'infection de cette muqueuse, à l'exclusion de la muqueuse génitale, pourtant elle aussi soumise à des risques semblables et simultanés. A ce point de vue, notre observation clinique prend la valeur d'une véritable expérience.

Observation XIV

par MM. BALZER ET FRANÇOIS DAINVILLE

Extr. de Soc. de Derm. et Syph., 1905.

Blanche Bas, blanchisseuse, 27 ans, entre, 24 janvier 1905, salle Alibert, lit n° 2, pour une ulcération de la lèvre inférieure près de la commissure gauche datant d'une quinzaine de jours. Cette malade fit dernièrement un séjour dans le service (1-16 octobre 1904) pour 2 chancres mous situés de chaque côté du sillon interfessier et un chancre mou de la fourchette et de la petite lèvre gauche. Elle quitta l'hôpital avant leur complète guérison, et contracta ultérieurement l'ulcération de la lèvre inférieure pour laquelle elle entre de nouveau à Saint-Louis, salle Alibert, lit n° 2.

D'autre part, cette malade est une ancienne syphilitique; sa syphilis remonte à l'année 1896; elle eut à cette époque un enfant né à terme mais qui présenta une éruption syphilitique à

sa naissance. Elle fit plusieurs séjours à l'hôpital Saint-Louis. Le 27 octobre 1897, elle entre pour une éruption papuleuse généralisée et polymorphe et pour céphalée intense; deux autres fois elle revient se faire soigner pour divers accidents syphilitiques.

Actuellement, sur la lèvre inférieure, près de la commissure gauche, on voit une ulcération irrégulièrement ovale à pointe se prolongeant en-dedans vers la bouche à bords irréguliers. L'ulcération est nettement creusée; les bords sont taillés à pic et décollés; le fond est recouvert d'un enduit jaune et purulent. La base de l'ulcération est parfaitement souple.

Se prolongeant vers la cavité buccale, on voit deux ulcérations très petites d'inoculation plus récente qui ne vont pas tarder à se fusionner avec l'ulcération principale.

A la palpation on trouve sous le maxillaire inférieur un petit ganglion à gauche, peu douloureux. A la vulve, la malade a un chancre à la fourchette présentant des bords décollés et irréguliers, un fond creusé assez profondément et recouvert d'un enduit jaunâtre. Le bord inférieur de la petite lèvre gauche présente une ulcération analogue; il en est de même du bord supérieur de la grande lèvre gauche où l'ulcération est de date plus récente et mesure un centimètre sur deux environ.

Toutes ces ulcérations sont douloureuses et saignent facilement. L'examen bactériologique a révélé dans toutes le bacille de Ducrey. Cet examen a été fait le jour même de l'entrée de la malade après coloration par la thionine phéniquée. Depuis cette époque les ulcérations se sont modifiées lentement sous l'action du traitement local, et le bacille de Ducrey semble aujourd'hui disparu ou très rare.

Observation XV

GROUVEN. *Archives de dermatologie*, Berlin 1906.

Grouven nous montre une malade de 24 ans avec des chancres mous de la bouche et du palais.

L'adénite sous-maxillaire est bilatérale. Traitées par l'iodipine, les ulcérations semblent plutôt s'aggraver. Le diagnostic est confirmé par l'examen au microscope qui révèle la présence de strepto-bacilles.

Guérison par le traitement à l'iodoforme.

Observation XVI, *idem*

Dans un autre cas, il est question d'un malade de 25 ans dont l'ulcération s'étendait sur presque toute la muqueuse de la lèvre inférieure. Il fait une inoculation et, n'ayant rien obtenu, il traite le malade par l'iodure de potassium sans résultat.

Il fait l'examen microscopique et pose ainsi le diagnostic de chancre mou. Il obtient également la guérison par le traitement à l'iodoforme.

Observation XVII

MM. LOUIS QUEYRAT ET MARCEL PINARD

Extr. des Bull. et Mém. de Soc. méd. Paris, 4 mars 09. N° 8

Ce malade, âgé de 42 ans, ébéniste, est venu nous consulter à l'hôpital Cochin (annexe), le samedi 20 février dernier. Il était porteur de 2 chancres génitaux, chancres simples à titre hypertrophique (fond verrouillé, hémorragie à la pression qui est douloureuse, pas d'induration) siégeant l'un sur la face muqueuse du prépuce près de la ligne médiane, l'autre sur le fourreau au-dessus du limbe et à gauche. Ces chancres dataient de 4 semaines.

Dès que ce malade s'était avancé vers nous, nous avions été frappé du volume anormal de sa lèvre inférieure et d'une ulcération qui coupait cette lèvre vers la ligne médiane; et ayant déjà vu maintes fois la coexistence des chancres de la main et des doigts, une fois même la coexistence des chancres de la jambe avec des chancres génitaux, nous nous sommes immédiatement demandé si cette ulcération de la lèvre ne serait

pas de même nature que les ulcérations de la verge; et en interrogeant le malade nous avons appris qu'elle était apparue en même temps, il y avait un mois.

A vrai dire, cette ulcération ne présentait pas de caractères certains de chancres simples: elle était fissuraire, siégeant sur la ligne médiane, intéressant tout le bord de la lèvre qui était boursoufflée.

Elle était longue d'un centimètre, large de 3 à 4 millimètres, à fond grenu, à bords coupés nettement, et saignait à la pression. Assez douloureuse, elle ne s'accompagnait d'aucune adénopathie. Ajoutons que, de même, les chancres génitaux n'avaient déterminé aucun retentissement ganglionnaire.

Ces ulcérations labiales et génitales, datant les unes comme les autres d'un mois, s'étaient montrées les unes comme les autres quatre ou cinq jours après un contact extra-conjugal, et, d'après le récit du malade, ce contact avait eu l'occasion d'être tout aussi infectant pour la muqueuse labiale que pour la muqueuse génitale.

Ainsi donc: Risques simultanés d'infection pour les 2 muqueuses, apparition simultanée d'ulcérations labiales et génitales, évolution et durée parallèles, tels étaient les arguments qui, (le diagnostic de chancre simple étant posé pour les lésions préputiales) militaient pour que l'ulcération de la lèvre fût justiciable du même diagnostic, mais c'était loin d'être suffisant.

Nous fîmes des frottis avec le raclage de l'ulcération labiale et nous pûmes y constater, comme dans les chancres génitaux, la présence de bacilles ayant la forme, la disposition, les réactions colorantes du bacille de Ducrey; à la lèvre ils se trouvaient associés à d'autres micro-organismes.

Nous fîmes aussi, ce même jour 20 février, une inoculation à la région deltoïdienne gauche du malade avec un vaccinostyle chargé du raclage de cette même ulcération de la lèvre. L'inoculation fut recouverte d'un verre de montre. Nous vîmes le malade, le surlendemain, au point piqué, auréole rouge, centrée d'une petite pustule; le quatrième jour, début d'ulcération, et

aujourd'hui septième jour, vous le voyez, ulcération ayant les dimensions d'une petite lentille, puteriforme, à bords décollés, à fond suppurant, cerclée de rouge vif, lésion ayant tous les caractères cliniques du chancre simple d'inoculation.

Le pus de cette ulcération, coloré par le mélange de Pick et Jacobson, nous a montré au milieu de nombreux polynucléaires, des strepto-bacilles de Ducrey, tout à fait typiques, les uns phagocytés, la plupart extra-cellulaires, groupés en amas ou disposés en file indienne, ces bacilles ne prenant pas le Gram. C'est la démonstration microbiologique ajoutée à la preuve expérimentale que l'ulcération de la lèvre est bien une chancrelle.

D'après cette observation, l'existence du chancre simple de la lèvre est incontestable par le fait de l'inoculation positive au bras et par la constatation successive du bacille de Ducrey sur les frottis provenant du raclage de l'ulcération labiale et sur les frottis provenant du pus de l'ulcération d'auto-inoculation.

GENCIVES

Observation XVIII

RICORD. *Traité des maladies vénériennes*, 1851.

Ulcération primitive, virulente, non indurée, de la gencive supérieure contractée par l'application de la bouche sur les organes génitaux d'une femme affectée de chancres. Durée très courte. Guérison par des cautérisations au nitrate d'argent et des lotions au vin aromatique. Aucune affection constitutionnelle n'a été constatée sur le malade, revu dans la suite. Le diagnostic n'a pas été vérifié par l'inoculation artificielle.

LANGUE

Observation XIX

EMERY ET SABOURAUD.

Bull. de la Soc. Franc. de Derm. et Syph. 1896.

M. A., âgé de 25 ans, découpeur sur métaux.

Ce malade présente, comme antécédents, une blennorrhagie contractée en 1891. En 1893, il prit la syphilis. Quelques ganglions sont les seuls signes subsistants de sa maladie. Depuis 6 ans environ, chez ce malade, chaque année, à la même époque, survient à la langue une explosion de petites ulcérations grisâtres, très douloureuses. Elles guérissent sans traitement.

Aucun phénomène de tuberculose pulmonaire ou laryngée.

4 janvier. — Le malade a des rapports avec une femme de rencontre, il pratique le coït et le baiser vulvaire.

Une semaine après, il constate la présence d'une petite ulcération sur le bord libre du prépuce; le lendemain, deux autres lésions semblables, côte à côte, près de la première, et une troisième située sur le raphé postérieur du fourreau, à 4 centimètres de la naissance du scrotum. Ces ulcérations s'accompagnent d'une adénopathie inguinale double, très douloureuse.

Au même moment, le malade remarque sur la face dorsale de la pointe de la langue, une petite fissure de 1 millimètre environ, dirigée dans le sens antéro-postérieur.

Cette fissure est rouge, non saignante et nullement douloureuse.

Le mardi 14. — Le malade vient consulter M. le professeur Fournier, pour ses ulcérations de la verge et de la bouche.

A son entrée, on constate sur la verge la présence de quatre ulcérations présentant les caractères typiques du chancre mou. Deux bubons, en voie de ramollissement, très douloureux à la

pression, se trouvent l'un dans l'aîsse droite et l'autre dans l'aîsse gauche. A la langue, on constate une ulcération siégeant sur la face dorsale de la pointe, à droite du sillon médian.

Cette ulcération, de forme irrégulièrement arrondie, a environ 6 à 7 millimètres de diamètre.

Les contours, très nets, tranchent sur le fond rosé de la muqueuse voisine, absolument saine. Ils présentent quelques sinuosités et, à la partie postérieure, un petit prolongement dans les tissus sains qui donne à cette lésion la configuration d'une ulcération en raquette. Les bords sont d'un rouge vif, légèrement surélevés, sans induration appréciable; ils sont taillés en biseau et décollés du fond de la plaie.

Celui-ci est recouvert d'un enduit pultacé blanc grisâtre, d'apparence diphtéroïde. Cette concrétion peu adhérente, s'enlève facilement par un léger grattage et la lésion apparaît alors de coloration gris rose sans saignottement.

Cette ulcération ne provoque aucune douleur spontanée. Seule, l'irritation provoquée par les aliments incommode le malade. Celui-ci ne présente rien d'autre sur la langue, si ce n'est qu'une petite plaque lisse, décapillée, de la dimension d'une petite lentille, située dans le voisinage de l'ulcération et sans caractères propres d'ailleurs.

On ne trouve aucune lésion dans le reste de la cavité buccale ou sur les parois du pharynx.

Les dents sont en mauvais état; beaucoup ne sont plus que des chicots; mais on ne constate aucune lésion de la muqueuse à leur point de contact. Elles ne provoquent aucune souffrance.

Les ganglions sous-maxillaires sont douloureux. Ils ont, à ce moment, la grosseur d'une noisette environ.

L'évolution ganglionnaire est rapide à la région inguinale, et surtout à la région sous-maxillaire.

Deux jours après l'entrée du malade à l'hôpital, le jeudi, l'adénopathie sous-maxillaire ne forme plus qu'une seule masse qui tend à se ramollir à son centre. Le samedi, elle est devenue une grosseur fluctuante, de couleur violacée et du volume d'une mandarine.

La palpation réveille de vives douleurs; quoique avec de moindres proportions, le bubon inguinal gauche suit la même évolution. Dans l'aîne droite, les tumeurs ganglionnaires se résorbent.

Mercredi 15. — Dès le lendemain de l'entrée du malade, on pratique une inoculation dans la région deltoïdienne du bras gauche, avec de la substance grattée sur les bords de l'ulcération linguale.

Vingt-quatre heures après cette inoculation, on constate sur le bras la présence d'une petite ulcération creuse, putriforme, recouverte d'une croûte. M. le professeur Fournier reconnaît à cette lésion les caractères de l'inoculation du chancre mou.

La cicatrisation de ce chancre inoculé est rapide; après une période d'accroissement en profondeur et en surface de deux jours, la plaie se dessèche et se sépare. En huit jours son évolution est terminée.

Une deuxième inoculation est pratiquée le samedi suivant, dans les mêmes conditions, au bras droit.

Les caractères de cette seconde inoculation sont identiques à ceux de la première. Elle se montre cependant moins extensive. En cinq jours sa cicatrisation est complète.

La recherche du bacille de Ducrey, dans les concrétions et dans les parois de la plaie linguale faite par M. le docteur Sabouraud, chef de laboratoire du service, lui donne, dès ce moment, des résultats positifs.

Samedi 24. — On ponctionne les bubons sous-maxillaires et inguinaux. L'analyse à laquelle M. le docteur Sabouraud soumet consécutivement et comparativement le pus des deux abcès fournit de nouvelles preuves en faveur du diagnostic de chancre mou de la verge et de la langue.

Le pansement employé a été le pansement à l'iodoforme des chancres de la verge et les lavages antiseptiques de la bouche.

Cette observation est très concluante; c'est peut-être la seule qui existe dans la littérature médicale. Il n'y manque rien: ni l'examen bactériologique, ni l'inoculation.

Il faut noter la bénignité de ce cas et la rapprocher de celle des chancres céphaliques. Elle est probablement due, pour la langue, à la haute température de la région qui atténue la virulence du bacille.

Observation XX

Chancres mous de la langue et de l'amygdale

(MM. GAUCHER ET DRUELLE).

Bull. de Soc. de Derm. et Syph., 1909.

X... Georges, 22 ans, vient consulter à Saint-Louis, service de M. le professeur Gaucher, le 15 mai 1909.

Le malade, qui ne présente aucun accident vénérien, est d'une bonne santé habituelle. Depuis une semaine environ, il est porteur d'ulcérations de la verge et de la langue, qui se sont développées quelques jours après un coût normal accompagné de contact linguo-vulvaire.

Actuellement on constate sur le pénis des ulcérations multiples développées dans le sillon balano-préputial. Ces ulcérations présentent tous les caractères habituels du chancre mou. Ce sont des ulcérations pour la plupart isolées les unes des autres, irrégulièrement circulaires à bords taillés à pic et nettement décollés, à fond irrégulier, granuleux et suppurant, à base non intur e.   la partie médiane du sillon balano-préputial, plusieurs ulcérations se sont fusionnées pour former une lésion unique, plus grande et à bords déchiquetés. Sur chaque face du frein existe aussi une ulcération d'aspect chancrelleux. Il n'existe pas d'adénite inguinale notable. Des deux côtés on sent des ganglions dont le volume paraît à peu près normal.   droite, ces ganglions sont douloureux à la pression.

En même temps que se développaient ces lésions de la verge, le malade constatait l'apparition d'une ulcération fort douloureuse de la langue. Cette ulcération siège sur la face supérieure de l'organe, à droite de la pointe de la langue.

Elle se présente sous l'aspect d'une lésion antéro-postérieure,

entourée d'une zone où la muqueuse revêt une teinte d'un rouge vif. Si l'on trace une ligne directe, de chaque côté de cette fissure, elle s'ouvre et l'on se trouve en présence d'une véritable ulcération de forme ovale ayant 4 à 5 millimètres dans son grand diamètre et l'on y retrouve des caractères cliniques analogues à ceux notés ci-dessus, à propos des ulcérations péniennes. Le bord de cette ulcération linguale, en effet, est régulièrement ovale, mais il est nettement taillé à pic et décollé. Le fond est irrégulier et granuleux, et légèrement suppurant; sa base est souple et non indurée. Comme nous l'avons noté plus haut, cette ulcération est très douloureuse spontanément, à la palpation, et surtout pendant la mastication.

Il n'existe pas d'adénopathie sous-maxillaire, mais on constate une monoadénite volumineuse et douloureuse, située dans la partie moyenne de la région cervicale droite.

Notons que l'examen du malade ne montre aucune trace de syphilis ancienne ou récente.

L'examen microscopique du pus prélevé sur une ulcération de la verge y montre de nombreux bacilles de Ducrey. On trouve également des bacilles de Ducrey typiques et abondants, dans le produit de raclage de l'ulcération de la langue.

Un examen à l'ultra-microscope n'a pas montré de tréponème sur ces diverses lésions.

Ce diagnostic de chancre mou du sillon balano-préputial et du chancre mou de la langue, étant nettement établi, on prescrit comme traitement de ces lésions, des attouchements quotidiens avec une solution de nitrate d'argent au 1/5; de plus, application de pommade au calomel sur les chancres mous de la verge.

19 mai 1909. — Le chancre mou de la langue est un peu amélioré; pour en activer la guérison, on le touche légèrement au thermocautère. Ce malade se plaint de souffrir de la gorge, spontanément et à la déglutition; l'examen de cette région n'y montre pas de lésion.

22 mai 1909. — Les chancres de la verge sont en voie d'exten-

sion, les ulcérations chancrélleuses du sillon balano-préputial sont plus grandes, le frein est perforé par le processus chancrélleux.

Le chancre de la langue n'a pas augmenté de dimension: il a toujours son aspect d'ulcération chancrélleuse typique. L'adénite cervicale droite, dont le volume n'a pas varié, est toujours douloureuse.

Le malade se plaint de souffrir beaucoup plus près de la gorge. L'examen de la région montre actuellement une ulcération de la partie supra-externe de l'amygdale droite. Cette ulcération est très difficile à voir, car elle est cachée par la luette et la partie postérieure du voile du palais qui sont, chez le malade, très développés et qui masquent la partie moyenne de la région amygdalienne. En faisant prononcer au malade la voyelle a, la luette et le voile se relevant, l'ulcération devient apparente. Les caractères objectifs, qui sont difficiles à apprécier, la montrent avec la dimension d'une lentille; ses bords paraissent irréguliers et déchiquetés, son fond est recouvert d'un exsudat blanchâtre.

L'examen microscopique de cet exsudat y révèle l'existence de rares bacilles de Ducrey, mais la présence de ces formes bacillaires en navette est très nette et caractéristique.

On constate également de nombreux spirilles, du genre réfringent.

Le traitement de ce chancre mou de l'amygdale consiste également en attouchements avec la solution de nitrates d'argent à 1/5°. On prescrit, en outre, des lavages de la bouche et de la gorge à l'eau oxygénée.

1. juin 1909. — Les chancres de la langue et de l'amygdale sont en voie de cicatrisation. Les chancres de la verge tendent également à la guérison, mais le frein est rompu.

10 juin 1909. — Le chancre de la langue est réduit à une légère fissure d'aspect cicatriciel. Le chancre de l'amygdale est guéri, on n'en retrouve pas la trace.

L'adénite cervicale droite a disparu depuis quelques jours,

sans avoir jamais présenté de tendance à la suppuration. Les chancres de la verge sont presque complètement guéris; le frein seul est encore légèrement ulcéré.

PHARYNX

Observation XXI

FLORÉA SIMIONESCOU (Bucarest)

Extr. du Bull. otorhinolaryng. 1^{er} janvier 1909.

C..., 25 ans, (18 décembre 1905). Dans ses antécédents, sauf une hérédité neuro-arthritique, rien d'important. ,

Dans les antécédents personnels, nous trouvons la rougeole, la petite vérole et une uréthrite dont le malade ne se rappelle pas la nature. Il est très nerveux, et quoique jeune, il affirme qu'il est très affaibli au point de vue de son système nerveux. Relativement à sa maladie actuelle, il dit qu'il ne peut pas se souvenir comment elle est apparue; seulement il croit que, après un souper, il y a de cela une dizaine de jours, il a senti une très légère gêne dans la gorge, qui ressemblait plutôt à la sensation d'une égratignure. Le lendemain, en s'éveillant, il éprouva une forte gêne et une douleur faible, non seulement quand il avalait des aliments solides, mais aussi des liquides.

En examinant sa cavité buccale, on observe une congestion du pharynx; au milieu il y a une plaque de la grandeur d'une lentille très adhérente à la muqueuse pharyngienne et qu'on ne parvint pas à détacher avec une pince.

Ses bords sont légèrement relevés et faiblement irréguliers; la couleur est gris pâle. Elle a l'aspect d'une vraie plaque diphtérique. La plaque, dans son tiers inférieur et vers la gauche du malade, apparaît un peu oblique, tandis que dans les deux autres tiers, elle est ronde.

L'examen microscopique a démontré la présence du bacille de Ducrey Unna.

Par conséquent il n'est pas douteux que le diagnostic était juste et que nous nous sommes trouvé en présence d'un chancre simple du pharynx.

Le traitement a été le suivant:

Deux fois par jour attouchement avec teinture d'iode et gargarisme plusieurs fois par jour avec du chloral, 0 gr. 50 centigr. dans 500 grammes d'eau distillée.

Après une dizaine de jours, le malade s'est bien trouvé. Au lieu de la plaque on voit une légère dépression de couleur rose pâle.

Observation XXII

THOMACHEWOSKY de Kiew-Wien Mediz Press. 1884.

P... S..., entre à l'hôpital pour ulcération du prépuce et de la gorge. Les ulcérations préputiales datent d'une dizaine de jours et sont apparues 3 ou 4 jours après le dernier coït. Quelques jours après, le malade se blesse la muqueuse pharyngée, du côté droit, avec un morceau d'os pointu; 2 jours après l'ulcération actuelle se développe.

A l'entrée, à la partie interne du prépuce, 3 chancres, accompagnées d'une adénite inguinale légère. Aucune trace de lésions syphilitiques sur le corps.

Dans le pharynx, sur l'amygdale droite, une ulcération ovale, dans le sens de la longueur, en recouvrant presque toute la superficie et s'étendait jusqu'à l'union de l'arc palato-glottique avec l'arc palato-pharyngien.

Les bords de l'ulcère ne sont pas creux mais entourés d'un cercle inflammatoire intense s'étendant sur la muqueuse voisine. Le reste du pharynx est normal.

Le pus de l'ulcération amygdalienne est inoculé sur le bras du malade en 3 points. Sur un point résultat négatif; sur les 2 autres il se forme, au bout de 3 jours, deux pustules qui, ouvertes, montrèrent deux chancres mous typiques. Le malade s'est vraisemblablement inoculé le pus des chancres lorsque, avec des doigts malpropres, il retira l'os qui était resté dans l'amygdale.

CONCLUSIONS

«° Le chancre mou peut se développer sur toutes les muqueuses;

2° Les régions génitales et périgénitales constituent le siège le plus fréquent du chancre mou, mais il peut aussi être observé sur la muqueuse buccale (lèvres, langue, amygdales et pharynx.

3° Il est utile de bien connaître l'aspect clinique de ces lésions relativement rares, et de savoir y rechercher le strepto-bacille de Ducrey, afin de porter un diagnostic précoce, qui permet d'éviter des contagions et des auto-inoculations toujours possibles et d'instituer un traitement rationnel.

Le Président de Thèse,

E. GAUCHER.

Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BALZER. — Sur les complications du chancre mou. In Répert. de thérapeutique. — Paris, 1905.
- BALZER ET ALQUIER. — Compte rendu de la société de Dermatologie, de juillet 1900.
- BALZER ET FRANÇOIS DAINVILLE. — Ext. de Soc. de Der. et Syphil. 1905.
- BERDAL. — Traité pratique des maladies vénériennes.
- BROUARDEL ET GILBERT. — Traité de Médecine.
- DU CASTEL. — Chancres génitaux et extra-génitaux.
- CHATIN. — Thèse sur les chancres mous extra-génitaux. — Paris, 1900.
- DARIER ET ROUSSY. — Chancre mou de la lèvre inférieure.
- DEBOVE ET ACHARD. — Manuel de Médecine, article chancre simple JEANSELME.
- DIDAY. — Gazette médicale de Lyon. Décembre 1857. — Etude sur le chancre céphalique. — Lettre à M. A. Fournier. Union médicale 1858. — Annales de Dermatologie, 1871-73. T. IV.
- EMERY ET SABOURAUD. — Bulletin de la Soc. Franç. de Derm. et Syph. 1896.
- ODDLITZ. — Chancre simple céphalique. Arch. gén. de méd. 1897.

- FLORÉA SIMIONESCOU (Bucarest). — Extr. du bull. d'oto-rhino-laryng. premier janvier 1909.
- FOURNIER A. — Etude sur le chancre céphalique. Un. medic. 1858. — Les chancres extra-génitaux.
- FOURNIER ET LÆPER. — Annales de Derm. 1898.
- GAUCHER ET DRUELLE. — Bull. de la Soc. de Derm. et Syph. 09.
- GÉRAUDEL ET PIERRE MÉNARD. — Chancre simple de la lèvre.
- GROUVEN. — Archives für Dermatologie. Berlin, 1906.
- HULOT. — Observations de chancres extra-génitaux. — Ann. de Derm. 1879-80.
- JEANSELME. — Contribution à l'étude du chancre mou céphalique. — Gazette hebdom. de méd. et chirurgie, 1893.
- JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes, 2^e édit. Variétés et formes anormales de chancre simple. — Recherches expérimentales sur le chancre mou.
- LOUIS QUEYRAT ET MARCEL PINARD. — Extr. des bulletins et mémoires de la société médicale de Paris, 4 mars 09 n° 8.
- PROFETA. — Sur le chancre mou infectant céphalique. Annales de Derm. 1878.
Annales de Derm. 1873-74, t. V.
- PÛCHE. — Union Médicale, 1853.
- RICORD. — Traité pratique des maladies vénériennes. — Du chancre de la bouche et de son diagnostic différentiel.
- ROLLET J. — Traité des maladies vénériennes; — Article chancre simple. Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales. — Paris, 1871, t. X.
- LOREZINA. — Gaz. méd. ital. Lombardía, 1863: N° 17.
- THIRY. — Presse médicale belge, 1862.
- THOMACHEWSKY, (de Kiew). — Wien. médiz. Press, 1884.

